UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

117

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaëtan DICORATO

Sur un cas clinique de Syndrome pluriglandulaire

Président : M. le Professeur ACHARD

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE CH. NOBLET
13, RUE CUJAS, 13

1911

LE DOYEN : **M. LANDOUZY.**

PROFESSEURS : **MM.**

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladie des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUÉNU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMAND.	PROUST.
BERNARD.	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LERI.	RETTERER.
BRINDEAU.	GRÉGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUÉNIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET (André).	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBÉ (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECÈNE.	OMBREDANNE.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON TUTEUR

M. SAVINO CAFAGNA

Faible témoignage de profonde reconnaissance.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de pathologie et thérapeutique générales
Chevalier de la Légion d'honneur.

En remerciement de l'honneur
qu'il nous a fait en présidant
notre thèse.

Sur un cas clinique
DE
Syndrome pluriglandulaire

PRÉAMBULE

Il n'est pas dans notre intention de faire ici l'historique de la question : syndromes pluriglandulaires. Il a été déjà fait très clairement par le professeur Auguste Murri dans ses leçons cliniques (1), et surtout par le docteur Louis Roll dans sa toute récente thèse (2).

On trouvera en outre une exposition très détaillée de ce qu'on doit entendre par syndromes pluriglandulaires dans l'Article de M. le professeur agrégé Gougerot (3).

Notre but n'est autre que celui de mettre bien en relief, par une seule Observation (il nous a été impossible d'en rencontrer d'autres), la souffrance cliniquement manifeste de plusieurs glandes à sécrétion intense. Si nous nous sommes décidé à

(1) A. Murri. — Sopra un caso d'insufficienza pluriglandolare. La Riforma médica, nos 4, 5, 6, 7. 1911.

(2) L. Roll. — Contribution à l'étude des syndromes plurigandulaires. Thèse de Paris, juillet 1911. — Vigot frères.

(3) H. Gougerot. — Article : Glandes vasculaires. Nouvelle pratique médico-chirurgicale, tome IV, 1911. — Masson et Ce,

faire de cette Observation notre sujet de thèse, c'est uniquement parce que dans la littérature, encore toute jeune, relative aux syndromes pluriglandulaires, nous n'avons rencontré qu'un nombre fort restreint de cas cliniques, rappellant la symptomalogie de notre malade. D'autre part, c'est à cause de l'évidence même des lésions, cliniquement bien appréciables, de plusieurs glandes endocrines (notamment corps thyroïde, testicule), que nous nous sommes permis de rendre publique cette Observation, sans qu'elle soit suivie d'un rapport anatomo-pathologique.

N'ayant pas cru nécessaire, à cause des travaux parus tout récemment et dont nous avons parlé plus haut, d'entreprendre ici l'étude critique et approfondie des divers syndromes pluriglandulaires, ni citer les cas cliniques analogues ou presque au nôtre, nous livrons la présente Observation à l'attention de ceux qui voudront bien s'occuper à l'avenir de cet intéressant sujet.

Et maintenant, avant d'entrer dans la description et la discussion de notre modeste travail, nous tenons à témoigner notre profonde gratitude à tous nos maîtres, qui nous ont guidé dans l'étude si vaste de la Pratique médicale.

MM. les professeurs : Achard, Landouzy, Hutinel, Kirmisson et Pinard.

MM. les professeurs agrégés : Walter, Nobécourt, Schwartz, Wallich et Couvelaire.

OBSERVATION CLINIQUE

—

M. S... P..., âgé de 29 ans, artiste peintre, Breton.

A. H. — Ses deux parents sont vivants et bien portants.

Deux frères et une sœur bien portants.

Un frère mort en bas âge.

A. P. — Aucun souvenir de fièvres éruptives pendant la première ou la seconde enfance. Ce dont le malade conserve exacte mémoire, c'est la souffrance d'engelures aux doigts et aux orteils chaque hiver, de 7 à 12 ans, en même temps que d'une inflammation cutanée rebelle occupant surtout la région de la nuque, disparue vers l'âge de 11 ans.

A 16 ans, contracte la blennorrhagie, qu'il soigne, après une vingtaine de jours d'écoulement, par des injections intra-uréthrales au permanganate de potasse. Mais le malade, ayant voulu s'autoinjecter, ne s'est pas montré adroit, si bien qu'il a vu apparaître, après la 2e ou 3e injection, une petite hémorragie uréthrale à la fin de chaque miction.

A 18, 19 et 23 ans, autres atteintes blennorrhagiques plus bénignes. Pas de syphilis.

Exempté du service militaire, dit-il, par faiblesse constitutionnelle.

Pour ce qui a trait au syndrome que nous voulons mettre en évidence, le malade en fait remonter les origines au 24 juillet 1907. Ayant, quelques jours avant cette époque, consulté un docteur spécialiste pour un mal de gorge (?) qui, paraît-il, le gênait depuis quelque temps, le médecin lui propose de lui enlever des végétations pharyngiennes.

Le malade accepte et l'opération est décidée pour le 24 juillet 1907.

De nature plutôt timide, il veut être endormi.

On lui attache les avant-bras aux bras du fauteuil d'opération. Mais aussitôt le masque, imbibé de chlorure d'éthyle, est-il sur sa figure, lui obstruant les voies respiratoires, qu'il est pris d'un besoin immédiat, irrésistible, « plus fort que lui », de respirer de l'air. Dès lors, une lutte s'engage entre le patient, qui cherche par tous les moyens à se dégager du masque et l'opérateur qui, d'une main robuste, tient ce masque pour obtenir la narcose, ce qui du reste arrive bientôt. Au réveil, on lui apprend qu'il s'est débattu, avec une telle force, que les solides liens, qui retenaient attachés les avant-bras, ont été cassés.

Ici commence la triste odyssée que le malade cherchera à nous faire revivre de son mieux, ne manquant point d'un certain esprit d'observation et qui va faire de lui un être morne, malheureux, apathique, incapable de pouvoir se livrer à n'importe quel travail, physique ou intellectuel, devenu,

on peut dire, un déchet de la vie sociale, dont il se rend du reste parfaitement compte.

Pendant trois jours, après la petite opération, dont il est plus haut question, une grande fatigue, une faiblesse générale, lui font préférer le repos de sa chambre à tout autre déplacement, et même son plus grand bonheur c'est de rester étendu sur son lit, ne se levant que pour ses repas.

Le quatrième jour, bien que se sentant encore affaibli (ce qu'il attribue, lui, aux effets du narcotique), il sort, mais il n'a pas fait cent pas dans la rue, qu'il éprouve un besoin impérieux de s'asseoir, comme s'il venait de faire, dit-il, « toute une journée de marche ». Il fait encore quelques pas pour aller se reposer sur une banquette d'un boulevard voisin. Comme il aurait voulu ne plus se lever! Deux heures durant, il est resté assis sans bouger d'un millimètre, avec un soleil implacable qui est venu lui darder son dos et ses épaules. Oh, si la patronne, pensait-il, avait eu la généreuse idée de lui apporter son déjeuner à cette place, comme il l'aurait remerciée bien chaleureusement! Enfin, force lui est de regagner son domicile, mais l'escalier (sa chambre est au 6e étage) lui semble interminable, faisant une longue halte à chaque palier.

Le malade a remarqué, dès les premiers jours après l'opération, un léger tremblement de ses mains. C'est surtout lorsqu'il prend son pinceau, ou tout autre objet délicat, que le tremblement s'accuse nettement. Il note qu'il ne peut plus tenir

le pinceau entre ses doigts avec légèreté, avec douceur. Il a l'impression comme s'il va lui échapper, il cherche à le retenir entre ses doigts le plus fortement possible. Enfin, constatant que le tremblement, au lieu de s'amender, va sans cesse en augmentant, d'autre part la colère le gagnant bien vite, il jette aux mille diables (c'est son expression) pinceau et couleurs.

Le tremblement ne l'a plus abandonné. Il est resté menu, fin, s'accentuant aux moments, très fréquents, de nervosisme, ne lui permettant plus de consacrer un seul instant à ses loisirs de peinture.

La première nuit, après l'opération, il a été réveillé brusquement vers minuit par un engourdissement général, qui lui paralyse tout mouvement, « comme si on m'eût, dit-il, électrisé faiblement tout mon corps. Je comprenais tout ce qui se passait, mais j'étais impuissant à faire un seul mouvement. Cela dura peut-être à peine une demi-minute. C'était la première fois de ma vie que j'éprouvais une sensation pareille ».

Le remède à cela est bien simple : mettant cet accident sur le compte de la nuit peut-être un peu trop fraîche, il lui suffit de se recouvrir avec une couverture d'hiver.

La nuit suivante, n'ayant pas pris de précautions spéciales, ayant presque oublié ce qui s'était passé la nuit précédente, il s'endormit, ayant comme d'habitude pour toute couverture son seul drap.

Mais cette fois, aussitôt presque endormi, les mêmes phénomènes d'engourdissement et de fourmillement sur tout son corps, avec conscience conservée, se reproduisirent « tout pareils à la nuit précédente ». La même thérapeutique de la couverture d'hiver suffit à le protéger d'une nouvelle atteinte.

« Depuis lors, chose curieuse, dit le malade, chaque fois, même en plein été et avec des chaleurs torrides, que j'essaye de m'endormir sans couverture d'hiver, je suis atteint pendant mon sommeil des mêmes troubles qui paralysent toute ma personne. Je reste comme figé pendant quelques instants, avec sur mon corps comme mille et mille petites épingles, qu'on s'amuserait à me faire pénétrer, tout superficiellement, dans la chair toutes en même temps ».

Cela s'est reproduit, pendant ces quatre années, sept ou huit fois, surtout pendant les étés de 1907 et 1908.

Il est devenu frileux, l'hiver ne quitte guère, on peut dire, son feu. Toute la journée son unique plaisir c'est de s'intéresser au bon fonctionnement de la cheminée. S'il doit sortir, ce qui lui arrive rarement, pour que le froid ne l'atteigne pas, il est capable de protéger son thorax de plusieurs tricots de laine (il lui est arrivé d'en mettre jusqu'à quatre). « Et même avec ça, dit-il, je grelottais comme un chien sortant de l'eau ».

Un autre phénomène qui irrite au plus haut

degré notre malade, c'est la facilité et la fréquence avec laquelle certains muscles restent contracturés, après un effort musculaire même des plus insignifiants. Ainsi dans le bâillement dont il éprouve, paraît-il, un besoin presque constant, depuis qu'il se trouve dans cet état d'apathie, de faiblesse, de non-vie, suivant son expression, au moment où le bâillement atteint son summum, il sent tout à coup, sous la mâchoire inférieure, quelque chose qui se contracte et qui l'oblige immédiatement à cesser son bâillement, la contracture sous-maxilliaire n'en restant pas moins encore pendant une dizaine de secondes, d'après l'appréciation du malade. C'est surtout en applicant les doigts sur la région sus-hyoïdienne, où il sent comme deux gros cordons durs tendus vers la ligne médiane et c'est en y frottant dessus que le malade fait disparaître toute contracture.

Ce phénomène est apparu, pour la première fois, le deuxième jour après la petite intervention du 24 juillet 1907 et s'est reproduit plusieurs fois dans la même journée. Depuis cette époque, il s'est fait une habitude chez le malade : chaque fois qu'il commence à bâiller, il coupe son bâillement dès le début. Cependant, très souvent il lui arrive que le bâillement soit plus fort que lui, d'après ses propres paroles. C'est comme un soulagement, un besoin irrésistible « d'élargir ma poitrine, de détendre mes muscles de la face ». Mais alors le phénomène de la contracture de certains muscles du

plancher de la bouche, par cela même que ce bâillement est comme le résultat de tant d'autres qui n'ont point été achevés, n'y fait jamais défaut.

Un autre lieu d'élection de contracture musculaire est la partie antérieure des cuisses. C'est après avoir monté les six étages de sa maison, bien que tout doucement, environ une semaine après la funeste date (c'est ainsi que le malade désigne le jour de l'intervention chirurgicale sur son rhinopharynx), qu'il ressent deux grosses masses dures se contracturer sur la face antérieure de ses cuisses, qui l'obligent à s'arrêter, l'immobilisant complètement. C'est l'affaire de quelques instants, puis tout rentre dans l'ordre. La contracture de la masse musculaire anticrurale ne s'est pas reproduite fréquemment, car depuis cette fois-là, il a monté son escalier bien plus doucement encore, et changeant d'autre part, peu de temps après, de domicile, pour aller habiter un rez-de-chaussée.

Mais le malade a exact souvenir de la contracture de deux autres parties de son organisme dans deux circonstances très différentes.

Au cours du mois de février 1909, pendant qu'il accomplissait « péniblement, dit-il, et depuis si longtemps d'abstinence » un acte génital, tout à coup il ressentit une crampe violente dans le mollet du côté droit, tellement intense qui l'obligea à suspendre son plaisir. Mais cette fois-ci la contracture ne céda pas tout de suite au massage et aux positions les plus diverses de sa jambe et de son

pied; elle persista « au moins une bonne minute ».

Le second fait se passa au mois d'avril 1909; après avoir débouché une bouteille de vin de Bordeaux, grande fut sa surprise en constatant que toute sa main gauche qui avait empoigné le goulot de la bouteille restait contracturée. Ce ne fut peut-être qu'une demi-minute après, que lentement les doigts commencèrent à lâcher prise.

Depuis cette époque-là, le malade se garde bien de faire quoi que ce soit qui comporte un effort, même minime.

Un autre étrange phénomène que le malade a encore noté chez lui est celui-ci : surtout dans les membres inférieurs, et particulièrement vers le tiers supérieur de la face postérieure des jambes et dans les creux poplités, il éprouve, de temps à autre, comme une constriction, une torsion d'une partie de ses chairs « exactement, dit-il, comme si vous preniez deux ou trois centimètres de longueur sur un demi-centimètre de largeur de faisceaux musculaires et que vous les tordiez brusquement, et cela sans la plus petite douleur, et justement au moment où je ne fais rien du tout ».

Ce phénomène est resté jusqu'à présent tel qu'il a été dès le début (cependant, le malade ne peut pas préciser à quelle époque cela a commencé, étant complètement indolore et très fugace), avec cette différence qu'il le ressent, depuis quelque temps, un peu partout, et de même qu'au commencement, s'accentue lorsque le malade est au repos.

Mais dans ces derniers temps, il a fait une remarque de la plus haute importance : ayant éprouvé un jour le même phénomène de constriction au niveau de la tempe gauche, il y a porté instinctivement son index gauche et qu'elle n'a été sa surprise de sentir une artère battre sous son doigt.

« Cela se passerait-il dans les vaisseaux ? » se questionna-t-il aussitôt. Mais, ne pouvant guère contrôler le phénomène, ni aux membres inférieurs, ni ailleurs, sauf aux tempes et aux pouls, où il a « guetté », vainement, la réapparition de l'étrange sensation, il est encore à se demander qu'est-ce que cela signifie.

Les actes de la vie génitale sont du plus haut intérêt à relater.

« C'est étonnant, dit-il, comme la femme maintenant me dégoûte! ». A plusieurs reprises, à des intervalles très espacés, il a tenté d'accomplir l'acte génital, mais le plus souvent il n'en est pas venu à bout ; il sentait que l'érection n'était pas complète et de plus « ça » le fatiguait très vite.

Et cependant, avant la « date funeste », il était, sous ce rapport, un homme tout à fait normal, ayant même cohabité avec plusieurs maîtresses. Nous avons pu rejoindre l'une d'elles, qui nous a certifié que M. P. S... faisait « bien honneur à sa tâche d'homme ».

Maintenant, on peut dire que la frigidité est presque absolue : c'est déjà plus d'un an qu'il n'a eu aucun rapport sexuel.

Il lui est arrivé, dans ces derniers mois, d'avoir, une ou deux fois, des pollutions nocturnes, mais il semble bien, même pas en demi-érection et sans aucun rêve érotique, car interrogé à ce sujet, il dit ne s'être aperçu d'être « tout mouillé » que le matin en se réveillant.

Un phénomène qui l'exaspère, lui est insupportable et lui rend pénible parfois son sommeil ou, pour mieux dire, la période qui précède le sommeil, est celui d'entendre bien frappés et à des intervalles réguliers les battements de son cœur, lorsqu'il est en décubitus latéral droit. Cela est bien plus marqué dans le décubitus latéral gauche, mais cette position lui est très rare. Il pourrait éviter l'audition de ces battements, qui lui est extrêmement agaçante, en se couchant sur le dos, mais il lui est impossible d'attendre le sommeil dans cette position ; aussi a-t-il dû étudier mille artifices, pour se soustraire aux bruits de son propre cœur.

Ayant, en effet, remarqué que les battements n'étaient pas entendus par lui, lorsque l'oreille droite ne reposait pas sur l'oreiller, il a trouvé enfin le moyen de s'arranger de telle façon, que sa tête puisse reposer sur le côté droit, l'oreille droite cependant n'appuyant pas sur l'oreiller, par une sorte de trou au milieu de celui-ci.

Son caractère surtout s'est trouvé changé du tout au tout. Son expression typique « je ne me reconnais plus », résume bien le grand changement qui a dû s'opérer en lui.

Lui, qui était rieur, vivace, aimant la plaisanterie, est devenu morne, triste, fuyant presque les amis et leurs réunions.

Il ne se trouve bien que chez lui, tout seul, s'étant même arrangé de telle façon avec la dame qui lui loue son rez-de-chaussée, qu'elle lui apporte le déjeuner et le dîner dans sa chambre.

Lui, qui aimait passionnément tout ce qui était art et littérature, ne s'intéresse plus à rien, tout lui est indifférent.

Il lui semble même que ses facultés intellectuelles, surtout sa mémoire, ont dû fortement s'abaisser, car, invité à nous dire quels étaient les plus beaux tableaux du Titien exposés au Louvre, il s'est senti fort dépité de ne pas bien s'en souvenir, nous faisant, d'autre part, remarquer tout de suite qu' « il n'y a là rien d'étonnant, car je ne fais depuis longtemps plus rien, je ne m'occupe plus de rien. Comme toute machine, qu'on n'utilise pas, arrive tôt ou tard à se rouiller, il en a été de même de mon cerveau ».

Etat actuel. — L'aspect général du malade, à part une fixité étrange du regard, dont nous parlerons plus loin, est celui d'un homme qui a certainement souffert dans sa nutrition générale : d'un poids de 42 kilogrammes (il nous assure avoir pesé, il y a 4 ou 5 ans, jusqu'à 59 kg.) ; d'une taille de 1 m. 60, il est d'une maigreur notable.

La peau est pâle, de même que les muqueuses, mais en aucune partie elle ne présente des modifi-

cations appréciables, qui pourraient rappeler la peau œdémateuse ou myxœdémateuse.

Ce qu'il y a de spécial à la peau, c'est une déshydratation et une lâcheté abondante du tissu cellulaire sous-cutané, qui se traduit par une mobilité excessive de la peau sur les plans sous-jacents, permettant de faire partout de gros plis, et une desquamation de toute sa surface. La peau du visage est légèrement ridée, un peu squammeuse.

Nulle part (peau et muqueuse), on ne remarque de pigmentation spéciale.

Mais ce qui frappe surtout l'attention d'un observateur, c'est le regard : un regard brillant, fixe, comme étonné, avec légère exophtalmie.

Lui faisant remarquer que peut-être ses yeux n'ont pas été toujours si saillants, le malade met cela sur le compte de son amaigrissement. Lorsque les paupières sont baissées, on voit et on sent les globes oculaires faire anormalement saillie.

Les signes de Mœbius, Stellwag, Græfe font défaut. Il n'y a pas de strabisme, les yeux fonctionnent parfaitement.

Il n'existe pas de troubles de la pigmentation cutanée à localisation péri-orbitaire : les paupières ne présentent pas de pigmentation brunâtre diffuse (signe de Jellineck).

Le corps thyroïde est manifestement hypertrophié, surtout à droite. En effet, on distingue nettement à la base du cou, sur la face antérieure, une saillie bien plus évidente à droite qu'à gauche, et

bien plus appréciable encore par la palpation (le lobe droit mesure 6 cm. de haut sur 3 de large). La peau n'est pas sillonnée de veines dilatées, cependant un voit un réseau veineux, si on met la tête du malade en extension forcée, de façon que la peau, qui est au devant de la tumeur, soit très tendue.

La tumeur de droite est régulière, molle, la peau est mobile sur elle, pas de frémissement, mais pulsations nettes, isochrones au pouls.

A l'auscultation, souffle systolique.

En faisant avaler de l'eau au malade, on voit que la tumeur se déplace avec les mouvements du larynx.

Nous avons fait une recherche très minutieuse des glandules parathyroïdiennes : par la palpation la plus attentive on n'arrive pas à sentir aucune masse, petite ou grosse, périthyroïdienne, qui puisse être attribuée à ces glandules.

Si on observe les mains en leur position naturelle, on n'y aperçoit à première vue rien d'anormal, il semblerait n'y avoir aucun tremblement. Est-ce qu'il en est ainsi réellement? Pas du tout, car pour peu qu'on insiste dans le rôle de simple spectateur, on est frappé de la mobilité excessive, du déplacement extrêmement fréquent de ses membres supérieurs. Si donc le tremblement des mains échappe au premier instant, ce n'est pas parce qu'il n'existe pas, mais à cause de cette instabilité sans trêve. Il suffit, en effet, de prier le ma-

lade de tenir suspendues ses mains horizontalement : on y note aisément une trémulation menue, fine, à oscillations rapides, non seulement des doigts, mais des deux mains entières. Et même, en appuyant notre main sur les avant-bras et les bras du malade, on y sent manifestement une certaine tension musculaire avec un tremblement bien appréciable.

De plus, à plusieurs reprises, il nous est arrivé de remarquer, pendant que le malade tenait appuyée sa main sur la nôtre, un ou deux doigts se soulever brusquement et retomber avec force. C'étaient le plus souvent l'index et l'auriculaire, aussi bien à droite qu'à gauche. Mêmes mouvements involontaires dans les deux bras.

Le système pileux présente des caractéristiques tout à fait bizarres. Tandis que les poils de la barbe et de la moustache sont peu abondants, avec des régions qui en sont totalement dépourvues (rég. massétérine, génienne), où l'on sent une peau glabre, sèche, semblable à celle des régions où jamais il n'y a eu de poils, par contre, la région pubienne, la face antérieure des cuisses et les fesses montrent une richesse pilaire très abondante. C'est surtout au pubis que les poils, de couleur chatain-clair, se sont développés avec une telle abondance qu'ils recouvrent presque entièrement la verge, qui est de dimension normale. Le scrotum, par contre, ne présente que quelques poils, de couleur indécise, clairsemés par ci, par là.

Nous avons cherché à savoir si la moustache et la barbe avaient été toujours si peu abondamment fournies et si, dans les régions massétérines et géniennes, actuellement glabres, il n'y avait eu, à certains moments, des poils comme ailleurs. Mais le malade est très affirmatif à ce sujet : depuis l'âge de 18 ans sa moustache « n'a pas bougé d'un seul poil ». Il l'a connue toujours pareille, pas de perte, pas d'augmentation non plus : elle est restée stationnaire depuis l'âge de 18 ans. C'est une petite moustache chatain-clair à poils courts et rares, sur les régions du milieu et moyennes, à poils tombants, secs, durs, quelques-uns divisés, à leurs extrémités.

De même, sa barbe aurait toujours présenté les lacunes qu'on y observe actuellement.

Par contre, le malade a l'impression nette que les poils du pubis aient eu un développement anormal, depuis qu'il se trouve dans cet état maladif : cependant il convient bien avec nous que même avant les troubles, dont il souffre depuis quatre ans, son pubis était richement poilu.

Dès lors, il est difficile de pouvoir apprécier si l'impression repose sur un changement réel, ou bien si ce n'est qu'une simple vue de son esprit.

Les cheveux, les poils des cils, des sourcils, des aisselles se présentent normalement, rien de particulier à y signaler.

Organes génitaux : — Si le pénis conserve un aspect normal par sa dimension, le scrotum au con-

traire est tombant et flasque. On a l'impression qu'il a dû être bien plus abaissé et comme s'il était à présent revenu sur lui-même, en se ridant avec de gros plis, intercalés de plis plus petits.

A la palpation on distingue nettement deux masses, tout à fait dissemblables. A droite, on sent un petit corpuscule, gros comme une cerise, rond, lisse, régulier, dont l'épididyne n'est pas bien appréciable, plutôt dûr, fuyant sous les doigts, presque insensible à la pression.

A gauche, on sent un testicule à forme de haricot, de dimensions doubles de celui de droite, lisse et régulier, de consistance molle, bien plus sensible que l'autre à la pression, dont l'épididyne est appréciable et qui est surmonté en plus d'une varicocèle.

Par l'exploration rectale, la prostate apparaît hypertrophiée, elle fait saillie dans le rectum, irrégulière, avec des noyaux indurés, pas douloureuse à la pression.

Le malade ne se plaint pas de troubles urinaires.

Appareil circulatoire. — Le cœur est manifestement hypertrophié. Sa pointe bat dans le 5e espace intercostal gauche, à deux travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire. En rapport avec le déplacement du choc de la pointe en dehors, on constate un agrandissement de la matité cardiaque.

A l'auscultation, les bruits sont bien frappés, sans aucun souffle organique. Souvent on entend, surtout vers la région de la pointe, un souffle extra-

cardiaque, bien caractérisé par les faits suivants : il est superficiel, méso-systolique, localisé à la région apéxienne, sans propagation, à timbre doux, aspiratif, s'affaiblissant ou disparaissant par le passage de la position horizontale à la position assise.

Le pouls n'est pas très accéléré. Il bat en moyenne entre 90 et 100 pulsations. C'est un pouls régulier, petit, mou, facilement dépressible.

Hypotension artérielle considérable. Pendant une semaine nous avons cherché avec l'oscillomètre de Pachon, deux fois par jour, la tension maxima et minima. Nous avons trouvé constamment une forte baisse de cette tension, oscillant toujours, pour la maxima, entre 10 et 11, n'allant jamais au-delà de 11 ; pour la minima, entre 6 et 7. Donc, en moyenne, nous avons conclu que la tension artérielle de notre malade est de 6 et demi comme minima, de 10 et demi comme maxima, ce qui, avec l'appareil Pachon, est une forte diminution de la tension artérielle.

Sang. — L'examen du sang, fait à plusieurs reprises, a donné presque invariablement les mêmes résultats.

Nous reporterons ici l'une de ces analyses :

Hémoglobine 0/0. . . .	60
Globules rouges	4.350.000
Globules blancs	4.200
Rapport.	1:1035
Résistance globulaire . .	0.29

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.	49	0/0
— basophiles	0	—
— eosinophiles.	3	—
Mononucléaires grands	8	—
— moyens	15	—
— lymphocytes.	22	—
Formes intermédiaires ou de passage . .	3	—

De l'examen du sang résulte une évidente leucopénie, se portant surtout sur les polynucléaires, tandis que relativement les lymphocytes sont augmentés.

La quantité de l'hémoglobine est au-dessous de la quantité physiologique, de même que la valeur globulaire.

Appareil respiratoire. — Rien d'anormal à la percussion, ni à l'auscultation. A plusieurs reprises, nous avons fait l'examen microbiologique de quelques rares crachats : aucune trace de bacille de Koch.

Appareil digestif. — L'appétit est fort capricieux : le plus souvent anorexie. Depuis quelques mois le malade n'a de goût que pour des mets épicés. Il éprouve un véritable dégoût, dit-il, pour tout ce qui est graisseux (beurre, huile, sauces...) et pour la viande. Nous avons voulu savoir, au juste, de quoi se nourrissait-il. Pas moyen d'en arriver à bout. A plusieurs reprises, nous avons insisté pour être renseigné là-dessus. Invariablement nous

entendions cette réponse : « Mais je ne le sais moi-même! » Une fois nous avons insinué que peut-être la vénération à Bacchus était fort en honneur chez lui. Véhémente protestation de sa part : pendant plusieurs jours il s'est montré fort irrité et bien fâché.

Ses digestions se font péniblement, accompagnées de nombreuses éructations et de sensation de pesanteur, de ballonnement, plus ou moins longtemps après chaque repas.

La constipation est la règle. A côté de cette constipation, une fois ou deux par mois, fait apparition une diarrhée rebelle, qui dure 4 ou 5 jours, affaiblissant et prostrant le malade d'une façon extrême.

Ses dents sont bien conformées, toutes saines, presque au complet. On ne constate que l'absence de la première grosse molaire supérieure droite, qui a été enlevée, il y a 5 ans, à cause d'une carie profonde.

La rate est volumineuse avec une matité de quatre travers de doigt. Elle est facilement palpable par son bord inférieur.

Il suffit, en effet, de déprimer fortement la paroi abdominale avec l'extrémité des doigts de la main droite, à deux centimètres au-dessous du rebord costal, sur la ligne axillaire gauche. En priant le malade de faire de profondes inspirations, on sent nettement, au moment de l'expiration, le bord in-

férieur coupant de la rate, qui vient buter contre les doigts explorateurs.

Le foie paraît être diminué dans son volume. La matité supérieure ne commence que dans le 6e espace intercostal droit pour se terminer à 3 centimètres au-dessus du rebord costal droit, mesurant 6 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire droite.

Grâce à une paroi abdominale très souple, grâce à la maigreur du malade, on arrive facilement, en enfonçant les extrémités des doigts sous le rebord costal droit, à palper le bord inférieur du foie, qui se présente lisse, avec quelques inégalités, de consistance légèrement indurée, pas douloureux.

Appareil urinaire. — L'examen fait plusieurs jours de suite a donné constamment à peu près les mêmes résultats.

Voici l'une des analyses :

Quantité : 1650.

Réaction : acide.

Couleur : jaune d'or.

Densité : 1.014.

Produits normaux :

Urée : 9 gr. 75 par litre.

Chlorures (exprimés en Nacl) : 5 gr. 60 par litre.

Phosphates exprimés (en P^2O^5) : 0 gr. 98 par litre.

Ni albumine ni sucre.

Pas d'éléments biliaires.

Système nerveux. — Fortement déprimé. Sceptique invétéré à l'égard de la Médecine, il traîne sa lamentable existence, « capable, dit-il, un jour ou l'autre, si la Nature s'amusait à me faire souffrir, d'en finir avec la vie en me faisant sauter la cervelle ». Tout cela est dit sur un ton fort calme. Aucun raisonnement ne sert à le persuader d'essayer un régime médical : toutes nos instances, à cet égard, ont été gentiment, mais impitoyablement, éloignées. Prié plusieurs fois de consulter, avec nous, quelques-uns de nos Maîtres de la Faculté, il s'est montré toujours inébranlable dans son scepticisme et dans son refus.

Le sommeil est souvent troublé par des cauchemars de nature très diverse : vue d'animaux féroces, de chambres mortuaires, de scènes d'enterrement... Il se réveille en sursaut, avec des sueurs profuses, voudrait crier, mais n'y parvient pas: il a la sensation d'une constriction forcée de sa gorge. Pendant quelques instants sa respiration est haletante, courte. Il entend énergiquement, violemment battre son cœur : Puis se rendant compte que ce n'est qu'un cauchemar, il revient petit à petit à lui-même et avec une facilité, dont il est le premier à être surpris, oublie presque aussitôt ce qui s'est passé, « en reprenant tout doucement le sommeil, si désagréablement interrompu ».

Parfois de la cephalée légère.

La mémoire est diminuée comme nous avons noté plus haut.

De caractère très irritable, souvent il se fâche pour des motifs des plus insignifiants.

A l'examen objectif : tous les réflexes, tendineux et cutanés, sont exagérés. Lorsqu'on frappe même légèrement les tendons des quadriceps cruraux, les deux jambes répondent avec des mouvements brusques d'extension très étendus.

Réflexe de Babinski, absent.

La sensibilité est normale.

Sens stéréognostique intact.

Le malade craint énormément le froid.

Organes des sens. — Rien d'anormal à y signaler.

En présence des symptômes fonctionnels et physiques, si nombreux et si variés, quel diagnostic peut-on porter? La maladie de Basedow ne fait aucun doute. Tout y est pour confirmer cette assertion : goître, exophtalmie, tachycardie, tremblement...

Mais avec les symptômes basedowiens, il en existe d'autres qui mettent en cause, en même temps que le corps thyroïde, d'autres glandes endocrines. Parmi celles-ci, la manifestation pathologique la plus évidente appartient aux glandes testiculaires (frigidité marquée depuis quelque temps, atrophie testiculaire à l'examen objectif).

En outre, l'abaissement constant et considérable de la tension artérielle, l'asthénie notable, le sens de fatigue extrême à chaque petit effort, les troubles digestifs (constipation, diarrhée), ne peuvent-ils pas faire incriminer la coopération, au tableau morbide, des capsules surrénales? Je sais bien que l'un des symptômes les plus caractéristiques, la mélanodermie, fait, chez notre malade, complètement défaut, mais il a été prouvé aujourd'hui, par la Clinique et l'Anatomie pathologique, qu'on peut très bien être en présence d'une lésion des capsules surrénales sans apparition, à aucun stade de la maladie, de pigmentation.

En effet, M. Chauffard a proposé, sur la patho-

génie de la maladie d'Addison, une théorie mixte, invoquant l'insuffisance glandulaire pour expliquer l'hypotension artérielle, l'asthénie, etc., et les lésions du sympathique pour la mélanodermie et les douleurs (1).

Or, pourquoi ne pourrions-nous pas être en présence, dans le cas qui nous occupe, d'une lésion glandulaire, sans que le sympathique soit touché? Bien que notre conviction soit celle d'une lésion surrénale, à cause de cette asthénie surtout si remarquable dans les premiers temps de la maladie, de la tension artérielle très basse et des troubles digestifs, il est certain qu'il est difficile de se prononcer catégoriquement sur une question si délicate, comme on peut le faire ici, avec toute sécurité, pour le corps thyroïde et les testicules. D'autant plus qu'on a remarqué l'asthénie et l'hypotension artérielle dans des lésions du corps thyroïde et de l'hypophyse.

C'est pour cela que nous ne nous hâtons pas de conclure que chez ce malade les capsules surrénales se trouvent en état pathologique. Notons simplement le fait : nos moyens cliniques actuels sont impuissants à élucider la question.

Jusqu'ici nous avons vu des phénomènes d'hyperthyroïdisme (maladie de Basedow) et d'insuffisance testiculaire (impuissance sexuelle).

(1) Guillain. — Pathogénie et traitement de la maladie d'Addison. Journ. des Prat., n° 36. 1911.

A quoi faut-il attribuer cet état spécial de la peau, qui, tout en étant très mobile sur les plans sous-jacents, se présente comme parcheminée, rude, sèche, bien que souple et facilement pliable? A notre avis, il s'agit d'un premier stade de sclérodermie. La sclérodermie a été rapportée comme pouvant être l'un des signes d'hypothyroïdisme (1).

Si, à côté de la sclérodermie, on note la distribution capricieuse des poils, très abondants au pubis et aux membres inférieurs, rares sur la figure (barbe et moustache), on peut inférer de la rareté et de l'absence de poils, dans certaines régions, qu'il existe, même par ce fait, un certain degré d'hypothyroïdisme.

Certes, j'en conviens, c'est hasardeux, porter un diagnostic d'hypothyroïdisme sur un fait si peu démonstratif comme celui de l'absence ou rareté de poils sur le visage, alors qu'ailleurs il y en a même surabondamment. Mais, ne pourrait-on pas penser que nous nous trouvions dans une première phase de la maladie où, peut-être, à côté d'un développement anormal, d'origine inconnue, porté sur quelques régions (pubis, cuisses), il y aurait arrêt de développement ou même chute lente des poils, sans que cela ait frappé le malade, sur d'autres?

Ainsi, l'hypothyroïdisme se trouverait réalisé

(1) Pouchet. — Sclérodermie, consécutive à une thyroïdectomie. Soc. chir., 16 nov. 1910.

par la sclérodermie et des troubles dans le système pileux.

Il en résulterait sur ce même sujet de l'hyperthyroïdisme (goître, exophtalmie, tachycardie, tremblement) et de l'hypothyroïdisme (sclérodermie, troubles pilaires).

Cela ne se trouve pas réalisé, pour la première fois, dans notre observation. C'est un fait qui a été déjà noté dans le cas de MM. Claude et Gougerot (1) et dans celui d'A. Murri (2).

A côté de ces faits qui révèlent sûrement l'état pathologique de deux glandes endocrines, corps thyroïde et testicules, et probablement de la capsule surrénale, il y a d'autres phénomènes morbides qui doivent être laissés en suspens pour le diagnostic, faute de pouvoir leur attribuer la véritable origine. Ainsi, pourquoi cette facilité de contracture musculaire, ces mouvements choréiformes dans les membres supérieurs (lésions des glandules parathyroïdes?), cet engourdissement nocturne si le malade n'est pas lourdement couvert, cette sensation de constriction qui semble se passer dans les vaisseaux, cette exagération de tous les réflexes?

En résumé, il n'y a guère que deux glandes en-

(1) Claude et Gougerot. — Journ. de physiol. et pathol. générales. 15 mai 1908.

(2) A. Murri. — Sopra un caso d'insuff. plurigl. — La Riforma médica, nº 5, 1911.

docrines qui accusent manifestement leur état pathologique. Faut-il pour cela porter le diagnostic de maladie de Basedow, parce que ce sont les symptômes basedowiens qui s'imposent tout d'abord à l'attention clinique? Nous ne le pensons pas. Tenant aussi compte de l'hypertrophie de la rate, des changements du tissu hépatique qui semble atrophié et légèrement sclérosé, de l'hypertrophie de la prostate, il nous semble plus justifié le diagnostic de SYNDROME PLURIGLANDULAIRE.

Et ce qui nous fait pencher vers ce diagnostic, c'est aussi l'étiologie probable de l'affection.

La syphilis pouvant être écartée, les anamnéstiques et les manifestations tuberculeuses faisant défaut, par contre les troubles ayant débutés après une émotion psychique profonde, nous sommes d'avis, sans que nous en puissions donner des raisons probantes, de localiser, dans le système nerveux, l'origine pathologique des troubles glandulaires. C'est un peu vague, il faut bien l'avouer. Comment et dans quelle mesure le système nerveux aurait-il agi? C'est une tâche, pour le moment, trop ardue pour la Pathologie générale.

Nous regrettons que le malade n'ait voulu se soumettre à aucun traitement médical. Peut-être l'opothérapie aurait-elle apporté, dans ce cas, des résultats très heureux.

CONCLUSIONS

1° Plusieurs glandes endocrines peuvent être troublées dans leur état fonctionnel et physique.

2° Dans un même organisme, certaines glandes endocrines peuvent être un hyperfonctionnement (corps thyroïde), d'autres en hypofonctionnement (testicules).

3° Dans certaines glandes endocrines on peut constater la coexistence d'hyper- et d'hypofonctionnement (corps thyroïde).

4° Il n'est pas toujours possible, par la clinique, d'établir des relations entre tels phénomènes morbides et la souffrance de telle ou telle glande endocrine.

5° Il faut ranger, parmi les causes intervenant dans la genèse des syndromes pluriglandulaires, les émotions psychiques violentes.

Vu :
Le Président de la thèse,
ACHARD.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

—

Alamartine. — La gl. interstit. du testicule. — Gaz. hôp. 1908, p. 363.

Alquier. — Gl. parathyr. et convulsions. Gaz. hôp., 1906, p. 1527.

Achard et Demanche. — Un cas d'infant. testic. — Soc. méd. hôp., 27 déc. 1906.

Anton. — Munch. Med. Woch. — July, 1908, p. 1454.

Austregesilo. — Comm. soc. neurol. et psych. — Rio-de-Janeiro, juillet 1908. Analyse, Rev. Neur., 15 déc. 1909.

Barazzoni. — La correl. fra le ghiand. a secrez. int. et le sindr. clin. poligl. Studium Napoli, 1905, p. 32-35.

Bayon. — Infantilisme syndr. polyg. — Neurologisches Centralblatt, 1905, p. 116.

Boinet. — Du tremblement provoqué ou exag. par l'opoth. surrén. ou thyr. — Arch. gén. méd. 1903, n° 16, p. 982.

Brissaud et Bauer. — Syndr. de Basedow associé à une paral. bulbo-spinale. — R. Neur., 1904, p. 1228.

Léon Bernard. — Rôle des gl. dans états path. — Presse méd., 10 août 1907.

Bield. — Innere sekretion. — Berlin. Wien., 1910.

Busquet. — La fonction sexuelle. — O. Doin. Paris, 1910.

Cathan (Mac) et Voetglin. — On the relation of the parathyroid to calcium metabolism and the nature of tetanos. — Bull. of the John. Hopk. Hosp., 1908. Journ. of experimental medicin., XI, 1909, p. 118-151.

Ceni. — Contrib. à l'ét. de la gl. thyr. et de ses annexes. — Arch, it. de biol., 1909, p. 284-286.

Claude et Gougerot. — Les syndr. d'insuff. plurigl. — Journ. phys. et pathol. gén., 15 mai 1908. Rev. méd., oct , nov. 1908.

Cotoni. — Les gl. parathyr. d'après trav. récents. — Rev. méd., 1909, p. 615.

Clunet. — Accid. card. au cours d'un cancer thyroïde basedowifié (réact. parathyr. hypophys. et surrén.). — Arch., mal. cœur, vaiss. et sang. Vol. I, n° 9. 1908.

Doch. — Diseases of the ductlees glands. Pract. Treat. (Musser et Kelly). — Phyla. et Lond., 1911, p. 383-854.

Eppinger, Falta, Rüdinger. Zeitschrifft für Klinische médicin, 1909, p. 380.

Falta. Schwartz, Schiff, Storck, Paltauf. — Act. récipr. des gl. à sécrét. int. — Société des méd. de Vienne, 2 juill. 1909 (Presse méd. 1909, p. 606).

Fox Colcott. — Goître exopht. avec mal. Reynaud. — Soc. derm., Londres, 9 juin 1897.

Gougerot. — Syndr. plurigl. Une var. nouvelle. Syndr. de Mickuliwz avec hypoovarie, hypothyr., hypoépinéphrie. — Paris méd., 24 juin 1911.

Goldstein. — Rapp. entre thyr. et surrén. — Rev. neur., 1909, p. 1143-1155.

Guillain. — Path. et trait. de la mal. d'Addison. — Journ. prat., n° 36, 1911.

Halbron. — Phys. norm. et path. du corps thyr. et surr. — Arch. gén. méd., 1899.

Hirschl. — Verein fur Psich. und Neurol. in Wien, 9 fév. 1904. Wiener klin. Wochenschrifft, 1904, n° 19.

Hoffmann. — Serum untersuchungen bei Thyreoidosen. — Muenchener méd. Wochenschrifft, n° 6, 1898, p. 279.

Laignel-Lavastine. — Tr. psych. par perturb. des gl. à

sécr. int. — Congrès franç. des méd. alién. et neurol — Dijon, 3-8 août 1908.

Leonardi. — La mal. d'Addison et les sécrét. int. — Il Policlinico, 1909, août. Arch. gén. méd. 1909, nov., p. 835.

Lorand. — Des fact. dans notre aspect ext. (Journ. méd., Bruxelles, 1908).

Lévi et Rothschild. — Physiopath. du corps thyr. et hypoph. Paris, 1908.

Maranon. — Insufic. plurigl. endocr. — Rev. Clinica, Madrid, 1er nov. 1909 et Rev. de méd. et Cirur. Practicar., 14 mai 1911.

Marine et Lenhart. — Anat. pathol. du goître exopht. — Arch. of internal med., 1911.

Martel. — Infant. par hypothyroïdie — Loire méd., 1909, p. 130-133.

Mathieu. — Goître exopht. conséc. à l'abl. ovaires. — Gaz. hôp., 19 juin 1910.

Moutard-Martin et Malloizel. — Sur un cas de mal. de Basedow avec syndr. Addis. — Bull. soc. méd. hôp. Paris, 1903, p. 1532.

Murri. — Sopra un caso d'insuffic. plurigl. — La Riforma medica, nos 4, 5, 6, 7. 1911.

Ott. — Internal secretions. — Eastons, 1910. Ed. Vogel, in-8°.

Parisot. — Myxoed. fruste et infant. d'orig. test. — Rev. méd. de l'Est, 1909, p. 289.

Pansini et Benonati. — Mal. d'Addison avec reviv. du thymus, corps thyr. et pituit. — Il Policlinico, 5 avril 1902, p. 216.

Parrhon et Goldstein. — Les sécrét. int. — Paris, 1909.

Pauchet. — Sclérodermie, conséc. à une thyroïdectomie. — Soc. de chir., 16 nov. 1910.

Perrin. — Les sécrét. int., leur infl. sur le sang. — Baillière, 1910.

Pick et Pineles. — Act. récipr. des gl. à sécrét. int. — Biochemiste Zeitschrift, 1908, p. 473.

Rénon. — Syndr. polygl. et opoth. assoc. — Journ. prat., 25 juil. 1908.

Rol. — Syndr. plurigl. — Thèse de Paris, juillet 1910. — Vigot frères, édit.

Sainton. — Tr. psych. dans les tr. des gl. à sécr. int. — Encéphale, 1906.

Sajous. — Internal secretions. — Philadelphie, 2 vol.

Sergent. — Insuff. surrén. — Rev. mens. de méd. int. et thérap., 1909, p. 801-808.

Paris. — Imprimerie de Ch. Noblet, 13, rue Cujas. — 1911.